

INTERVENCIÓN CON NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Noemi Balmaña Gelpí

Hospital Universitari Mutua de Terrassa

IDAPP (Institut de Diagnostic i Atenció Psiquiàtrica i Psicològica)

Sergi Corbella

FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull

IDAPP

In the recent decades, research on the detection, diagnosis, and intervention of the autism spectrum disorders has increased; the concept of autism has changed and so have its diagnosis and treatment. The present article describes the most recent studies in the field of autism spectrum disorders with the purpose of giving a global view of its conceptualization, assessment and therapy. The information is completed with the description and therapeutic approach of a clinical case.

Keywords: autism spectrum disorders; conceptualization; diagnosis; treatment

Introducción

En los últimos años ha aumentado el interés por el estudio de la detección, diagnóstico e intervención de los Trastornos del Espectro Autista (TEA).

Desde la comunidad científica se ha trabajado para que exista el máximo consenso acerca de los instrumentos de detección y diagnóstico, lo que ha permitido una mejor y temprana detección y diagnóstico de estos casos en los últimos años.

Paralelamente, a medida que ha aumentado el interés y estudio de los TEA, también ha ido modificándose la conceptualización de lo que entendemos por Autismo o Espectro Autista, ampliándose el abanico de manifestaciones de síntomas clínicos que se incluyen en las dimensiones de alteraciones presentes en dicho trastorno. De manera que, el término de Trastornos Generalizados del Desarrollo utilizado en el DSM-IV (1994) y la CIE-10 (1993) ha evolucionado en los últimos años hacia una comprensión dimensional bajo el nombre de Trastornos del Espectro

Autista (TEA). Bajo esta nomenclatura se incluye tanto el grupo de TEA con dificultades graves de lenguaje, comunicación, conducta social aislada y presencia de conductas repetitivas, intereses restrictivos y alteraciones sensoriales con comorbilidad con Retraso Mental. Como el grupo de niños/as que, aún presentando un lenguaje y capacidad intelectual preservada, se observan alteraciones y dificultades en lo referente a la comunicación pragmática; dificultades para relacionarse e interactuar con sus iguales de forma efectiva y recíproca; presencia de intereses cualitativamente más sofisticados (como interés en animales, o deportes o planetas, por ejemplo), pero de poco uso social puesto que funcionan como bloques temáticos obsesivos que van cambiando; y por último, a menudo presentan alteraciones sensoriales que les producen malestar en su adaptación funcional en el día a día.

A partir de la nueva publicación del DSM V, la propuesta es hacer desaparecer la actual categoría diagnóstica Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), así como los subtipos de categorías diagnósticas que (Síndrome de Asperger, Trastorno Desintegrativo infantil, Trastorno Generalizado del Desarrollo No especificado) para introducir una única nomenclatura: Trastorno del Espectro Autista (TEA). Con ello se pretende matizar los TEA según la sintomatología propia de cada paciente en base a criterios de *especificadores clínicos* (severidad, habilidad verbal, etc.) y *características asociadas* (cuadros médicos asociados, dificultades cognitivas, etc). El Síndrome de Rett no estará incluido específicamente en TEA aunque podrá diagnosticarse como un cuadro médico asociado a TEA dentro de la categoría de TEA asociada a cuadros médicos. En el DSM V los TEA tendrán en común la afectación en dos dimensiones de conducta (no en tres como en el DSM IV-TR). La primera dimensión es presentar dificultades en el área de la comunicación social. La segunda dimensión es presentar alteraciones en dos áreas: patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses o resistencia excesiva a los cambios o comportamientos sensoriales inusuales. El diagnóstico clínico deberá especificar la gravedad (en relación al grado de dependencia), la competencia verbal, la capacidad intelectual y el curso evolutivo así como la presencia o no de otros trastornos asociados (trastornos genéticos, discapacidad intelectual y epilepsia).

La evolución tanto en la conceptualización de los TEA como la mejora en los instrumentos de detección y diagnóstico ha contribuido a que a nivel epidemiológico exista un aumento en la prevalencia de los Trastornos dentro del Espectro Autista, pasando de alrededor de 5 por cada 10.000 habitantes en 1996 a 1 por cada 89 según los últimos datos del *Center for Disease Control and Prevention de Estados Unidos* (CDC, 2012).

La etiopatogenia de los TEA continúa siendo desconocida aunque los estudios con gemelos y familiares muestran una fuerte base genética en los TEA. En la actualidad se llevan a cabo cada vez más estudios de genética en población con TEA utilizando procesos sofisticados y caros como son los análisis de la expresión de

ciertos genes en el desarrollo del trastorno (*microarrays*) (Toma et al., 2011; Scherer et al., 2011). A su vez, se continúa investigando posibles mecanismos epigenéticos que intervienen y se relacionan con el autismo, como podrían ser complicaciones obstétricas como la preeclampsia (Mann et al., 2010), nacimientos prematuros o de bajo peso, o edad avanzada del padre y/o la madre (Foldi et al., 2011), o fumar durante el embarazo (en este caso no se ha encontrado relación con el autismo, Lee et al., 2011).

En lo referente al riesgo de recurrencia de tener más de un hijo con autismo cuando ya se ha tenido uno, hasta el momento la probabilidad se estimaba en un 3% - 10%. Sin embargo, el equipo de Ozonoff y col. (2011) en un estudio multicéntrico en diferentes países (*The Baby Siblings Research Consortium*), publica que la recurrencia de tener otro hijo con TEA es mayor que la que sugerían estudios anteriores.

Signos tempranos e instrumentos de detección para la población TEA

El diagnóstico de los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) continúa siendo principalmente clínico, sin existir ninguna prueba médica o neuropediátrica que confirme o descarte el diagnóstico (a pesar de los avances en el conocimiento sobre los aspectos genéticos y del neurodesarrollo implicados en la etiopatogenia). Es por ello que resulta fundamental la sensibilidad e interés por parte de los profesionales en el campo de la pediatría y de la educación en la detección de signos de riesgo de un niño/a de padecer autismo, para proceder a la pertinente derivación a un especialista formado en los instrumentos de detección y evaluación e iniciar la intervención sin demora.

En los últimos años el estudio y detección de los signos precoces de autismo ha sido uno de los campos de estudio de los TEA más desarrollados por equipos como Bryson y cols. (2008) en Canadá, desarrollando la conocida escala *The Autism Observation Scale* para Niños (AOSIS). En ambos casos, se describe que es esperable en diferentes áreas del desarrollo según la edad del niño/a. Algunos de los signos de alarma descritos relacionados con sospecha de padecer TEA en niños/as de los 12 a los 18 meses son: disminución del contacto ocular, disminución de la atención conjunta, falta de señalamiento para pedir como, sobre todo, para compartir (señalar por el mero hecho de mostrar y compartir algo que le ha llamado la atención y quiere compartirlo con su progenitor o adulto de referencia), disminución del balbuceo, falta de lenguaje, disminución de la respuesta social recíproca como alteración en la iniciación del juego simbólico e interacción social con iguales (Zwaigenbaum, 2010, Ozonoff, 2008; Bryson, 2008). En los casos que se presenta gran parte de dichas dificultades, se debe iniciar una intervención por un especialista y reevaluar el niño/a en su evolución a los 30 - 36 meses, que será cuando se podrá realizar un diagnóstico de forma más fiable. Otros estudios relacionados con signos precoces son los que se centran en investigar el seguimiento de la mirada (Klin 2009;

Klin 2008; Jones, 2008).

En cuanto los instrumentos más utilizados por profesionales de unidades especializadas para el diagnóstico de los niños/as con Trastorno del Espectro Autista son el *Autism Diagnostic Interview – Revised* (ADI-R, Lord, C. et al. 1994) como entrevista semiestructurada a padres y el *Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic* (ADOS-G, Lord et al., 1989) como entrevista semiestructurada al paciente.

Intervención en los niños/as dentro del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

A partir de los años 60, el tratamiento de los niños/as con Autismo hizo un giro importante, pasando de un planteamiento de intervención psicológica, en el que se creía que el origen del trastorno era provocado por una relación de privación emocional del niño/a por parte de sus padres a intervenciones educativas, donde se empezaban a aplicar los principios del modelo cognitivo-conductual.

Son muchos los tratamientos para niños/as con Autismo que han ido apareciendo a lo largo de los años y que hacen referencia a mejoras espectaculares e incluso, en algunos casos, la supuesta “curación” que han obtenido los niños/as, aunque en la mayoría de los casos sin ninguna base empírica para poder replicar los resultados. Hasta el momento se sabe que no hay curación para las personas dentro del espectro del autismo. Sin embargo, existe una fuerte evidencia de que: a) una aproximación educativa adecuada de larga duración; b) un adecuado apoyo familiar; c) una adecuada formación a los profesionales acerca del trastorno; y d) el despliegue de servicios de calidad en la comunidad; todo ello ofrece y facilita mejoras significativas para las personas dentro del espectro del autismo y sus familiares (Barthélémy y col., 2008).

Si se quiere profundizar en los tratamientos para el Autismo que han recibido más apoyo en los últimos años, se invita a leer a Howlin (2004, 2005, 2006), quien los explora de manera detallada describiendo el marco teórico en que se basan, en qué consiste la intervención y los resultados de efectividad obtenidos. Ello permite ofrecer a las familias, así como profesionales, datos empíricos que permita la elección, recomendación o descarte de un programa de intervención de forma bien documentada.

En la actualidad la visión compartida acerca del tratamiento que deben seguir los niños/as con autismo, incluye tanto el conocimiento científico como la experiencia profesional. Los estudios recientes acerca de la evidencia de la intervención para las personas con autismo concluyen que son pocos los programas de intervención que cumplan los criterios metodológicos necesarios como los aplicados en el campo de la medicina. Sin embargo, el trabajar para dicho propósito va creciendo, realizando estudios con grupos control. Así mismo, los estudios de mejoras se centran en objetivos a corto plazo, siendo difícil extrapolar los resultados a largo plazo, y hasta qué punto mejoran la calidad de vida de la persona con TEA. Teniendo

en cuenta éstas, así como muchas otras limitaciones metodológicas, la *American Psychiatric Association* (2010) ha propuesto la práctica psicológica basada en la evidencia científica que surge tanto de la investigación como del juicio clínico de profesionales con experiencia, en un marco comprensivo del trastorno del espectro del autismo y que debe ajustarse a las características particulares de cada individuo.

No existe un único tratamiento posible para la intervención dirigida a personas con TEA, aunque en los últimos años se han buscado los factores comunes de las intervenciones con mejores resultados. Wallace y Rogers (2010) describen 4 factores comunes de 32 estudios experimentales controlados con un alto rigor metodológico que intentaban demostrar la eficacia de su intervención en niños/as con TEA; y los factores son: (1) la participación de los padres en el tratamiento valorándose tanto su capacidad de receptividad y sensibilidad con las señales del niño/a afectado, como su disposición para la enseñanza de estrategias dirigidas a la estimulación de las dificultades de su hijo/a; (2) la individualización de un programa ajustado al perfil de desarrollo de cada niño; (3) el marcar objetivos de aprendizaje a corto plazo y que se revisan de forma periódica, y (4) iniciar intervención de forma temprana, intensiva y extensible en el tiempo.

En otros estudios (Roberts, 2004) también se hace referencia a la importancia de aplicar intervenciones donde: a) se ofrezca a la familia del niño/a con TEA estrategias de afrontamiento de sus problemas de conducta, como de estimulación de todas las áreas afectadas; b) Intervenciones que den énfasis a potenciar las habilidades de comunicación y lenguaje, así como de habilidades sociales; c) Intervenciones que creen programas individualizados para cada niño/a que se ajusten a sus competencias intelectuales y de lenguaje, adaptándose al contexto tanto familiar como educativo; d) Intervenciones estructuradas que tengan presente la adaptación del entorno a las necesidades de predictibilidad y estabilidad que facilita a las personas TEA la comprensión de lo que pasa, pasará y que se espera de ellas; e) intervenciones que creen programas estructurados que permita una evaluación fiable de los objetivos conseguidos; f) la creación de intervenciones psicoeducativas que busquen la funcionalidad y la generalización de los aprendizajes en todos los contextos y, por último, g) iniciar la intervención lo más temprana y continuada posible, lo que implica fomentar el trabajo interdisciplinario y en red del sistema tanto sanitario como educativo.

En esta línea, se hace especial hincapié en centrar la intervención en la creación de programas educativos que permitan el desarrollar y mejorar las competencias de comunicación, así como las de tipo social, como todo lo que hace referencia a mejorar los recursos del apoyo comunitario para la mejor adaptación funcional de dichas personas. También en ocasiones dichos programas se deben complementar con medicación y otros programas terapéuticos, como los programas para problemas específicos de conducta. Así mismo, la sintomatología asociada o trastornos comórbidos se deben intervenir a nivel básico con los mismos principios que con

la población general pero adaptando la intervención a las particularidades de cada caso (con TEA) siempre que sea posible.

El modelo cognitivo-conductual aplicado a los niños/as dentro del Espectro del Autismo es el modelo más establecido y el que tiene más estudios publicados que demuestran su eficacia durante las tres últimas décadas (Howlin & Rutter, 1987; Fenske y col. 1985; Rogers & DiLalla, 1991; Hoyson y col. 1984; Harris y col., 1990; Howlin et al, 2009). Dicho modelo basa su intervención en la implementación de procedimientos y técnicas cognitivo – conductuales para mejorar las diferentes áreas de afectación, disminuyendo los problemas de conducta, y mejorando los aspectos sociales, de comunicación y alteraciones cognitivas.

El currículum de los programas actuales (como p.ej.: el Método TEACHH) se basan en potenciar las habilidades de estos niños/as y en poder sustituir los comportamientos más disfuncionales e inapropiados por actos de comunicación donde puedan expresar aquello que necesitan (Mesibov & Shea, 2010). Se ha demostrado que dicha población tiene mayor capacidad de aprendizaje cuando se les proporciona el ambiente especial adecuado. La característica básica de este ambiente adecuado es la adaptación individual y personalizada de las características ambientales y de la tarea que dependerán del nivel de funcionamiento intelectual del niño/a. A su vez, se debe intentar que los objetivos de aprendizaje sean el máximo de funcionales posibles de manera que aquello que se enseña se podrá generalizar a la vida del niño/a para facilitar así la convivencia y adaptación de la persona.

En la planificación de una intervención de un caso dentro del Trastorno del espectro del autismo es fundamental: A) Entender y conocer conceptualmente el Trastorno Autista y su diversidad. B) Valorar los signos de buen pronóstico del niño/a, que en los casos de Autismo son: su capacidad intelectual (capacidad no verbal <70) y la presencia de lenguaje antes de los 5 años. C) Analizar los recursos y déficits de cada área del desarrollo afectada para planificar los objetivos y estrategias de intervención óptimas. D) Analizar la dinámica familiar (número de hijos, recursos intelectuales, emocionales y económicos...). E) Analizar el contexto escolar. F) Planificar una intervención basada en un enfoque integrado y global.

Teniendo en cuenta los aspectos anteriormente desarrollados, a continuación se describe las dificultades en el desarrollo de un caso, como los objetivos de trabajo y el proceso terapéutico llevado a cabo con un niño de 8 años con un trastorno del espectro del autismo de alto funcionamiento intelectual.

Descripción de dificultades y abordaje terapéutico de un niño con Autismo de alto funcionamiento.

M. es un niño de 8 años que sus padres consultan preocupados por sus dificultades de relación social así como las dificultades en los aprendizajes en el ámbito escolar. Solicitan diagnóstico así como pautas de intervención para poder abordar sus dificultades.

M. es el hijo mayor de una familia formada por sus padres de origen inglés y español y su hermano de 2 años. La familia viene con un informe previo en el que se le ha administrado una prueba de capacidad intelectual (WISC-III) con los siguientes resultados: en las pruebas verbales su rendimiento se sitúa en una puntuación típica (PT) de 84, resultado dentro de la franja baja de la normalidad estadística según los niños/as de su misma edad cronológica. Su rendimiento en las pruebas manipulativas fue de PT: 98, resultado que lo sitúa en la franja de la normalidad estadística según los niños/as de su misma edad cronológica. El CI total fue de 89, resultado dentro de la franja baja de la normalidad estadística según los niños/as de su misma edad cronológica.

A nivel de desarrollo, la familia refiere una adquisición de lenguaje más bien precoz para ambos idiomas (español e inglés), mientras que, aunque gateó temprano, no caminó hasta los 24 meses.

A nivel de sociabilidad, la madre describe que M ya desde pequeño no mostró nunca interés por los otros niños, sino que “era como si les tuviese miedo”, y en otras ocasiones como si no estuviesen. No se aproximaba a ellos en el parque u otros lugares, y cuando se acercaban a él, se giraba y se iba, los evitaba y rechazaba. A medida que fue haciéndose mayor, aumentó su respuesta a las aproximaciones de otros niños, pero entonces lo que observaron los padres es que mostraba dificultades para interactuar de manera apropiada; según la madre, mostraba y muestra una falta de habilidades sociales, siendo en la actualidad el hacer bromas o decir tonterías, el vehículo que utilizaba y utiliza para relacionarse. En la interacción con ellos, suele querer imponer las normas del juego, forzándoles a jugar a lo que él quiere (habitualmente relacionado con el interés del momento, como sería, representar escenas de la película de “Solo en Casa”); si no aceptan a jugar como él indica, amenaza a no volverlos a invitar a casa

En el área de juego e intereses, la madre describe que M. presentó dificultad desde pequeño para entretenerse de manera apropiada, se aburría todo el tiempo, no sabía ni le interesaba jugar con los juguetes y actividades propias de su edad y, en cambio, mostraba fascinación por objetos peculiares, como por ejemplo, las lámparas. La madre explica que mientras ella iba a comprar, M. pedía quedarse siempre en una tienda de lámparas donde le conocían por quedarse fascinado mirando los diferentes tipos; este era uno de los pocos contextos donde se comportaba correctamente. M. no ha realizado nunca juego simbólico y su juego ha sido basado en las construcciones de coches o contextos relacionados, de tipo repetitivo. Poco a poco ha ido adquiriendo curiosidad por el funcionamiento mecánico de los coches, hasta un interés repetitivo alrededor de las cilindradas de los mismos en forma de monólogo dando siempre la misma información. Sin embargo, la madre comenta que este año ha sido la primera vez que tras ver la película “Solo en casa”, empezó su interés (y posterior obsesión) por la misma., M. busca representarla en todo momento, mostrando cierta imaginación, aunque

basada en la reproducción de situaciones que ha visto en la película como, pintarse la cara de negro e intentar poner una trampa en casa para que le caiga una plancha encima, sin anticipar que la plancha hubiera podido hacer daño a la persona que le cayera encima. M. no es capaz de medir las consecuencias de sus actos, y el daño que podría causar, de manera que la madre debe de estar atenta constantemente y explicarle qué cosas puede o no representar, y que debe usar material de juguete. Según la madre, con el tiempo ha ido teniendo temáticas de interés de tipo obsesivo y repetitivo, no compartiendo el interés de manera recíproca y variada con sus iguales. Algunas de estas temáticas han sido el modernismo: realizar casitas de madera con sus piezas; pero no juega, sino que ordena y coloca. No acepta la intromisión de los otros en este juego; no busca compartirlo, pero puede enseñar en alguna ocasión lo que ha hecho. También se ha interesado por los planetas, lámparas y música clásica (instrumentos y siempre con la misma canción). Las temáticas pueden dirigirse a una tendencia al coleccionismo, como la época que se dedicó a coleccionar y guardar campanas. En esa época desarrolló un ritual (de 3 a 4 años) que consistía en ir a la iglesia del pueblo a escuchar como sonaba la campana a las 18 horas o si no cogía una fuerte rabieta. La jardinería también fue uno de sus intereses, pero no de manera tan obsesiva. Otro interés particular es su tendencia a observar el aspecto físico de las personas, fijándose en el pintalabios que lleva, tacones, collares, color de los vestidos... la madre expresa que cada día se fijaba en cómo iba vestida una persona para luego comentárselo, mientras que no le explicaba otras cosas propias de la edad, como podría ser lo que ha hecho en el colegio, con quien ha jugado, etc... la conversación estaba y está centrada en sus temas de interés. En ocasiones dichos intereses pueden generar comentarios inapropiados como el que le hizo a la enfermera después de un año de no verla “¿por qué te has cambiado el pelo, así estás más vieja?”.

A nivel de conducta, M. es un niño escrupuloso y preocupado por la limpieza y, a los 2-3 años se tenía que lavar las manos todo el tiempo. La madre expresa su buena memoria de tipo selectivo dirigido a sus intereses, así como su sensibilidad aunque no empatía y reconocimiento de las normas sociales apropiadas. En ocasiones realiza comentarios inapropiados que pueden herir a los sentimientos de los demás sin él anticiparlo. Sin embargo, como se expresaba con anterioridad, si se da cuenta de la reacción emocional negativa del otro, intenta consolar y muestra arrepentimiento. Es un niño muy inocente, impulsivo y con gran inquietud motora. Por último, M. presenta hipersensibilidades sensoriales de tipo visual y olfativo, como percibir si se ha tomado café, cierto mal aliento... siendo capaz de decir que un compañero ya no es su amigo porque le huele mal el aliento. Otras manías es llevar la cremallera de la chaqueta siempre subida hasta arriba, aunque le moleste o tenga calor, así como no querer que sus padres se abracen, rechazar el contacto físico, e incluso cuando le quieren agradecer un regalo que él ha hecho.

Por último, M. presenta conductas repetitivas de tipo verbal en situaciones que

le generan ansiedad como es separarse de su madre antes de entrar en el colegio, preguntándole 5 veces antes de salir de casa aún sabiendo la respuesta “¿voy a quedarme a comer en el colegio?”. En general, presenta muchos miedos, irritabilidad y malestar excesivo ante situaciones nuevas o cambios, de manera que los cambios se le anticipan a corto plazo. La madre expresa que M. es un niño ansioso y somatiza su malestar a través de vómitos por las mañanas antes de ir al colegio porque no quiere ir a natación o no quiere hacer matemáticas. Otras situaciones que le han generado malestar han sido el que su madre se quedase sola en casa por el miedo que le pudiese pasar algo, miedo a que suceda algo catastrófico que causase daño a los padres, miedo a dormir fuera de casa, miedo a estar solo en casa... expresando su malestar a través de vómitos, lloros, preguntas repetición con necesidad de control del entorno y ansiedad de separación con la madre.

A nivel escolar, la maestra expresa que este año M. ha realizado una evolución positiva en lo referente a su integración en dinámicas grupales dado que ha pasado de rechazar dichas actividades a tolerarlas, aunque continúa siendo poco participativo, retraído y poco comunicativo. En cuanto a los aprendizajes, le va bien aquello que es concreto, mientras que lo abstracto, no lo entiende y requiere de mucha ayuda para el procedimiento. Presenta un retraso en las matemáticas, escritura y comprensión lectora, mostrando perseverancia cuando no le sale una palabra y no puede continuar y seguir adelante. Confunde algunos sonidos para escribir, como son la p-b ([tiempo]) o c-g ([custaria]) o la t-d. Realiza muchas faltas en una copia, saltándose líneas... Su lectura es lenta, sin puntos, ni comas ni modulación.

Devolución

Para la devolución a los padres, se fue realizando una descripción por áreas del cuadro sintomático de M. con la información recogida del ámbito familiar, escolar como de la entrevista con M. El proceso de devolución tiene como finalidad el confirmar que la visión del profesional con respecto a M. es la misma que tienen los padres, lo que les permite entender, aceptar e incorporar mejor un diagnóstico. El cuadro de dificultades de M. es compatible con un Trastorno del Espectro del Autismo y, más concretamente, con un Síndrome de Asperger según DSM-IV, con comorbilidad con un cuadro de ansiedad generalizada, y dificultades en los aprendizajes de la lectoescritura.

Objetivos de trabajo

Se plantea una intervención cognitiva conductual adaptada a las características de M. i que trabaje sus dificultades de desarrollo personal, como de adaptación familiar y escolar, con objetivos de trabajo dirigidos a mejorar: a) su comprensión socio-emocional a través de un trabajo individual con la madre y posteriormente en un contexto grupal con otros niños/as con las mismas características; b) su comunicación social recíproca; c) sus áreas de interés y aplicabilidad en situaciones

sociales y d) proporcionar estrategias de afrontamiento ante la ansiedad de separación.

A nivel académico, los objetivos de trabajo fueron: a) Trabajar los hábitos de estudio; b) realizar una adaptación curricular en las asignaturas matemáticas y lenguas con el objetivo de reducir el estrés en estas áreas y poder fomentar hábitos de trabajo; c) ofrecerle estrategias de afrontamiento para disminuir la ansiedad en el centro escolar; d) recomendar una evaluación psiquiátrica para valoración de prescripción farmacológica si se mantiene la ansiedad y síntomas somáticos tras dos meses del inicio de la intervención; e) reevaluación de sus capacidades cognitivas tras un año de intervención; f) derivación a neurología para descartar patología orgánica pertinente y, por último, g) realizar una coordinación con el centro escolar para compartir los objetivos de trabajo, como los procedimientos para llevarlos a cabo.

Proceso terapéutico

El establecimiento de la alianza de trabajo con M. fue rápida ayudado por el hecho de iniciar la primera sesión hablando de sus intereses del momento (hablar de lo que le gusta cultivar en su huerto familiar, hablar de la película de “Solo en casa”). Desde la primera sesión se le anticipó la frecuencia con la que nos veríamos (semanalmente), como la finalidad de las mismas: hablar de lo que le cuesta para buscar una solución, así como compartir un rato para jugar y hablar de aquello que nos interesa al final de la sesión.

Desde el principio se le anticipó la estructura que habitualmente se llevaría a cabo a lo largo de las sesiones: primero se hablaría de cosas que le hubiesen sucedido durante la semana, después se abordaría algún tema de comprensión social, y siempre se finalizaría la sesión con un juego o visualización de algún vídeo o búsqueda por internet de algún tema que a ambos nos interesase.

El poder anticipar lo que sucedería en las sesiones, como el jugar o hablar de algún tema de su interés fue de gran ayuda para que M. disminuyese su ansiedad, así como que se involucrara en el proceso terapéutico.

La madre ha sido la persona que ha llevado en todo momento a M. a las sesiones y con la que se ha llevado a cabo el seguimiento del proceso terapéutico puesto que trasladaron al padre a trabajar a Inglaterra la mayor parte del tiempo. Con el hermano se han llevado a cabo algunas sesiones de forma conjunta.

Con la madre se estableció que la comunicación con la terapeuta se realizaría sobretodo vía email y de forma semanal, informando de cualquier incidencia, conflicto, dificultades o dudas que le pudiesen surgir. Ello permitía centrar todo el tiempo de las sesiones a poder trabajar con M. así como que la información fluyese fácilmente (siendo muy importante que la terapeuta estuviese informada de los posibles conflictos de M. con anterioridad para poderlos abordar o provocar en caso que M. no los comentase).

Para trabajar la comprensión social, se utilizó material visual de diferente tipo (tarjetas de situaciones con alto contenido emocional, viñetas, historias de conflictos, vídeos seleccionados de series o películas escogiendo gags de 2-4 minutos...).

A partir de la quinta sesión se valoró que se había establecido una buena vinculación/alianza con la terapeuta, de manera que la madre podía empezar a entrar los últimos 15 minutos de la sesión para acordar objetivos de trabajo a llevar a cabo en casa y para valorar los avances logrados de forma conjunta.

Uno de los objetivos de trabajo que se realizó conjuntamente con la madre fue la gestión de la organización de los estudios como del tiempo libre. Para ello se ofreció a la familia la aplicación informática de libre distribución llamada “Ara Word” que tiene diferentes utilidades. Para el caso de M., se utilizó para realizar un horario con imágenes de sus responsabilidades al llegar a casa después del colegio: se cuelga la chaqueta en colgador, se guarda la mochila en la silla, se va a merendar, después se pone hacer deberes, luego puede jugar un rato, ducha, cena y dormir. El hecho de tener un horario vertical con imágenes, fue de gran ayuda como sistema de anticipación de lo que tenía que hacer y evitar problemas de conducta, como una buena herramienta de organización y soporte visual.

Uno de los objetivos de trabajo del área de la pragmática era enseñarle a M. cómo debía de conversar con los demás evitando realizar monólogos. Para ello se grabó una conversación libre con la terapeuta, que se analizó posteriormente con él y le ayudó a tomar conciencia de lo que hacía. Se le tubo que enseñar específicamente como podía continuar una conversación: preguntando lo mismo que se le preguntaba, por ejemplo si se le preguntaba “¿dónde has ido este fin de semana?”, tras responder, él podía preguntar lo mismo, por ejemplo, “he ido en bici, ¿y tú?”; se le enseñó a aportar más información personal en referencia a lo que se le preguntaba, o hacer comentarios sobre lo que la otra persona explicaba. Los comentarios podían hacer referencia a: algo positivo referente al tema: Ej: “que bien que hayas ido en bici, que chulo!, Te lo has pasado bien?”; hacer referencia a si él también lo había hecho (“Yo también lo he hecho, es divertido verdad?”); se le enseñó que podía dar la opinión apropiadamente sobre lo que la otra persona explicaba (“a mí no me gusta ir en bici porque una vez me caí”).

Paralelamente se fue trabajando el lenguaje metafórico, irónico y las dobles intenciones de los mensajes, dado que M. tenía tendencia a interpretar los mensajes de manera literal, algo típico en estos trastornos. Para ello se utilizaba material visual ya sea con viñetas como con vídeos en los que debíamos de adivinar, interpretar – entender situaciones sociales por el contexto (posición de las personas, gestos y situación en su globalidad), en vez de tener la tendencia de fijarse únicamente en un detalle. Una vez detectaba y recogía información no explícita, se trabajaba el construir diálogos para los diferentes personajes implicados. Se trabajaron frases hechas realizando una lista conjuntamente con la madre, de manera que también lo trabajaban y aplicaban en casa (por ejemplo, “estás en la

Luna de Valencia”, “Pareces un pato mareado”, “Al mal tiempo buena cara”, “Hay miradas que matan”...).

Uno de los temas más complejos del proceso terapéutico fue y continua siendo, el ir trabajando con M. los malos entendidos, a menudo consecuencia de sus dificultades para anticipar, interpretar y gestionar los pensamientos, deseos e intenciones de los demás. Dichas dificultades le generan malestar y se traduce en un conflicto al perder información con respecto a la intención, deseo o pensamiento de la otra persona. Para ello, se desglosa la situación o problema de manera que pueda detectar: qué ha pasado?, qué intención tenían los demás?, cómo se sentían los demás con lo que él había hecho?, cómo se sentía él?, se podía hacer las cosas de manera diferente?, qué sucedería entonces?.

Dicho análisis ha sido y es una constante en el proceso terapéutico que se realiza con M. puesto que es la base primaria de su dificultad: reconocer, detectar, gestionar y anticipar lo que le sucede y siente, así como lo que piensan, sienten y desean los demás y evitar con ello hacer comentarios o aproximaciones inadecuadas.

Tras 6 sesiones con M., se realizó una coordinación con el centro escolar para explicar las características de M., así como acoger dudas, y plantear objetivos de trabajo y su abordaje pertinente. Se observó que la estancia en el centro escolar era altamente estresante para M. por diferentes razones: dificultades para comprender lo que se le pide, dificultades por la cantidad de cosas que se le piden de manera que no sabe cómo organizarse ni por dónde empezar, dificultades para mantener la atención cuando realiza las tareas puesto que si es una materia que no le interesa, pierde la atención, dificultades sociales de manera que los comentarios o aproximaciones cotidianas y más simples de los demás compañeros, podían ser vividos con una elevada ansiedad cuando eran interpretados erróneamente como una amenaza. Por todo ello y en acuerdo con la familia, se estableció que hubiese una persona de apoyo en el centro escolar que le ayudase a gestionar los temas anteriores. Dicha persona también le ayudaría a sumar experiencias positivas con sus iguales al fomentar encuentros sociales en los que supiese como iniciar, mantener y acabar un juego; como a ser más flexible, cooperativo y compartir los puntos de vista de los demás.

Por último, en cuanto al tema de la ansiedad, no fue necesario una valoración psiquiátrica puesto que en el momento que se le estructuró el abordaje social y académico en el colegio, así como se iniciaron las sesiones individuales con él ofreciendo a la madre estrategias de gestión del tiempo libre con tareas funcionales cambiantes y estructuradas a lo largo de todo el fin de semana, disminuyeron los problemas de conducta, y con ello el malestar familiar constante. Así mismo, a las pocas semanas se realizó una historia social, relato específicamente diseñado para personas con autismo en las que se describe y personaliza de forma clara, simple y concisa una situación problemática para el niño. En ella también se describen los

pensamientos, sentimientos y deseos de las personas involucradas como se anticipan las consecuencias de lo que sucede en función de cómo se comporta el niño. Se realizó una historia social acerca de los “imprevistos”, situación que le generaba un gran malestar a M.

A continuación se la facilita dicho relato al niño, que le fue de gran ayuda una vez integrado. “Un IMPREVISTO es lo que pasa sin que lo podamos controlar, esperar, como es un accidente en coche, un accidente con una manguera que al encenderla te mojas porque no habías anticipado que el agua saldría a chorros, que se ponga a llover, cuando alguien viene a casa sin avisar, si se estropea el DVD de casa, si una tienda está cerrada, si hacen ruidos, si se estropea una lámpara, si teníamos previsto hacer volar una cometa pero no hay suficiente viento o si se pone a llover y mamá pide que se vaya otro día, si la mamá dijo que iría a casa de un amigo pero la mamá se pone enferma y no me puede acompañar y la mamá del amigo no puede venirme a buscar, si hay una fiesta de cumpleaños y los amigos invitados se ponen enfermos, etc... todo lo que hemos escrito antes son imprevistos, son cambios de planes que no podemos anticipar. Los imprevistos son normales y a veces no nos gustan porque son cambios de cosas que no esperamos y eso es normal. Pero, no podemos enfadarnos. Si la respuesta ante imprevistos es gritar, pegar, enfadarnos... nos comportamos como un animal y esto no está bien. Si respondemos como un animal, los padres u otras personas se pondrán tristes y yo tendré que ir a la habitación a reflexionar lo que he hecho y si está bien. Si hay un imprevisto, un cambio de plan, debo de: 1. Preguntar qué ha pasado?; 2. Preguntar si hay alguna solución; 3. Ser flexible y así será más fácil para todos. Si respondo como una persona grande y madura, mis padres, compañeros y familiares estarán contentos conmigo, tendrán ganas de estar conmigo y a mí esto me hace sentirme feliz y contento.

En estos momentos M. tiene 13 años y continúa en tratamiento. Su evolución sigue siendo positiva y sobretodo se centra en aspectos de comprensión y gestión social. A continuación se transcriben las preguntas y respuestas por parte de la madre sobre la evolución de su hijo. “¿Qué crees que ha ayudado a M. en los últimos años?: sin duda sesiones de intervención individual conjuntamente con las sesiones de habilidades sociales. Ha sido fundamental el obligarlo a estar entre niños, actividades, y mi dedicación constante, enseñándolo. El apoyo escolar constante para que se le fuera guiando y disminuyera su ansiedad ante las demandas escolares y cambios. También mejoró mucho y continúa mejorando con la hipoterapia. “¿Qué consejo como madre darías a otra familia con un niño de estas características?: Yo aconsejaría que se dedicaran cuanto más puedan mejor y controlen sus obsesiones, la hipoterapia y sin duda el psicólogo, el apoyo escolar y las habilidades sociales en grupo; “¿Cuál es tu preocupación actual?: qué será de su futuro?, Podrá trabajar en algo algún día? Podrá valerse por si mismo algún día?.

La adaptación de las estrategias de intervención a las características particu-

lares de cada paciente resulta importante en todo proceso psicoterapéutico y resulta especialmente relevante en la intervención con personas con TEA.

En los últimos años se ha avanzado mucho en el conocimiento de las intervenciones psicológicas más eficaces para las personas con TEA, pero aún son muchos los interrogantes y se plantean nuevos retos para los profesionales implicados y comprometidos con la mejora del bienestar de las personas con TEA así como el de sus familiares.

En los últimos años se han incrementado las investigaciones interesadas en la detección, diagnóstico e intervención de los Trastornos del Espectro Autista (TEA). La conceptualización del autismo así como su evaluación y los tratamientos dirigidos a trabajar las áreas afectadas han cambiado y han ido evolucionando en las últimas décadas.

El presente artículo describe los últimos estudios en el campo del espectro autista con el objetivo de plantear una visión global de la conceptualización, evaluación e intervención de los trastornos del espectro autista. Se complementa la información con un caso clínico así como su abordaje terapéutico.

Palabras clave: trastornos del espectro autista; conceptualización; diagnóstico; tratamiento

Referencias bibliográficas.

- American Psychiatric Association (2010). *DSM-V. The future of psychiatric diagnosis*. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barthélémy C., Fuentes J., Howlin P., Van der Gaa, R.J. (2008). *Persons with autism spectrum disorders*. Bruselas: Autism Europe.
- Bryson, S., Zwaigenbaum L., McDermott, C., Rombough V., Brian J. (2008). The Autism Observation Scale for Infants: Scale Development and Reliability Data. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 38, 731–738.
- Center for Disease Control and Prevention (2012). Prevalence of the Autism Spectrum Disorders (ASDs) in multiple areas of the United States in 2008; community report. *Morbidity and Mortal Weekly Report*, 61(3), 1-19.
- Fenske, E.C., Zalenski, S., Krantz, P.J. y McClannahan, L.E. (1985). Age at intervention and treatment outcome for autistic children in a comprehensive intervention program. *Analysis and Intervention Developmental Disabilities*, 5, 49-58.
- Foldi, C., Eyles, D., Flatscher-Bader, T., McGrath, J. y Burne, T. H. B (2011). New Perspectives on Rodent Models of Advanced Paternal Age: Relevance to Autism. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 5, 32. doi: 10.3389/fnbeh.2011.00032
- Harris, S.L., Handleman, J.S., Kristoff, B., Bass, L. & Gordon, R. (1990). Changes in language development among autistic and peer children in segregated and integrated preschool settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 23-31.
- Howlin, P. (2006). Evaluating interventions for children with autism and intellectual disabilities. En M. Hodes (Ed.), *Cambridge Handbook of Effective Treatments in Psychiatry* (pp.) Cambridge: Cambridge University Press.

- Howlin, P. (2005). The effectiveness of interventions for children with autism. *Journal of Neural Transmission, Supplement*, 69, 101-119.
- Howlin, P. (2004). *Autism and Asperger syndrome- Preparing for Adulthood*. London: Routledge.
- Howlin, P., Magiati, I. y Charman, T. (2009). Systematic review of earlyintensive behavioral interventions for children with autism , *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(1), 23-41.
- Howlin, P. & Rutter, M. (1987). *Treatment of Autistic Children*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Hoysoun, M., Jamieson, B. y Strain, P.S. (1984). Individualized group instruction of normally developing and autistic-like children: The LEAP curriculum model. *Journal of the Division of Early Childhood*, 8, 157-172.
- Jones W, Carr K, Klin A. (2008). Absence of preferential looking to the eyes of approaching adults predicts level of social disability in 2-year-old toddlers with autism spectrum disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(8), 946-954.
- Klin, A., Lin, D.J., Gorrindo, P., Ramsay, G. y Jones. W. (2009). Two year-old with autism orient to non-social contingencies rather than biological motion. *Nature*, 459(7244), 257-261.
- Klin A. (2008). In the eye of the beholder: tracking development psychopathology. *Journal of American Academy and Child Adolescent Psychiatry*, 47(4), 362-363.
- Lee B. K., Gardner, R. M., Dal, H., Svensson, A., Galanti, M. R, Rai, D., Dalman, C. Y Magnusson, C. (2012). Brief Report: Maternal Smoking During Pregnancy and Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 42(9), 2000-2005.
- Lord, C., Rutter, M. y Le Couteur, A. (1994). Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 659-685.
- Lord, C., Rutter, M., Goode, S. et al. (1989). Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19(2), 185-212.
- Mann, J. R., Mcdermott, S., Bao, H., Hardin, J. y Gregg, A. (2010). Pre- eclampsia, birth weight, and autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 40, 548-554.
- Mesibov, G. y Shea, V. (2010). The TEACCH Program in the Era of Evidence-Based Practice. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 40, 570-579.
- Ozonoff S., Heung K., Byrd R., Hansen R. y Hertz-Picciotto I. (2008). The onset of autism: patterns of symptom emergence in the first years of life. *Autism Research*, 1, 320-328.
- Ozonoff, S., Young, G.S., Carter, A., Messinger, D., Yirmiya, N., Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Carver, L.J., Constantino, J.N., Dobkins, K., Hutman, T., Iverson, J.M., Landa, R., Rogers, S.J., Sigman, M. y Stone, W.L. (2011). Recurrence Risk for Autism Spectrum Disorders: A Baby Siblings Research Consortium Study. *Pediatrics*, 128 (3), 488-495.
- Roberts, J.M. (2004). *A review of the research to identify the most effective models of best practice in the management of children with autism spectrum disorders*. Sydney: Centre for Developmental Disability Studies, Sydney University.
- Rogers, S.J., & DiLalla, D., (1991). A comprehensive study of a developmentally based preschool curriculum on young children with autism and young children with other disorders of behavior and development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 11, 29-48.
- Scherer, S.W. & Dawson, G. (2011). Risk factors for autism: translating genomic discoveries into diagnostics. *Human Genetics*, 130(1), 123-48.
- Toma, C., Hervas, A., Balmaña, N. , Vilella, E., Aguilera, F., Cuscó, I., del Campo, M., Caballero, R., de Diego, Y., Ribasés, M., Cormand, B. y Bayés, M., (2011). Association study of six candidate genes asymmetrically expressed in the two cerebral hemispheres suggests the involvement of BAIAP2 in autism. *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 280-282.
- Wallace, K.S. y Rogers, S.J. (2010). Intervening in infancy: implications for autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1300-1320.
- World Health Organization. (1993). *International classification of disease* (10th Ed.). Geneva: World Health Organization.
- Zwaigenbaum L. (2010). Advances in the early detection of autism. *Current Opinion in Neurology*, 23(2), 97-102.